

· 临床论著 ·

# 子宫下段妊娠 6 例临床分析

王慧英 蔺 莉

(首都医科大学附属北京友谊医院妇产科, 北京 100050)

【摘要】 目的 探讨子宫下段妊娠的临床特点及治疗方法。 方法 回顾性分析 2005 年 1 月~2006 年 2 月 6 例子宫下段妊娠的临床资料。 结果 5 例有剖宫产史,另 1 例妊娠过频。其中 2 例甲氨蝶呤(MTX)配合子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization, UAE),1 例行 UAE,1 例单纯行 MTX 治疗,2 例行全子宫切除术。 结论 早孕合并子宫瘢痕以及妊娠过频的患者,再次受孕有发生子宫下段妊娠的危险性,在行人工流产时易发生难以控制的大出血,应术前明确诊断。MTX 配合 UAE 是一种安全可靠的治疗方法。

【关键词】 异位妊娠; 子宫瘢痕; 子宫动脉栓塞术

中图分类号 R713.8 R453

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2006)06-0451-03

**Clinical analysis of lower uterine segment pregnancy** Wang Huiying, Lin Li. Department of Obstetrics & Gynecology, Beijing Friendship Hospital of Capital University of Medical Sciences, Beijing 100050, China

【Abstract】 **Objective** To discuss the diagnosis and management for lower uterine segment pregnancy. **Methods** Clinical data of 6 cases of lower uterine segment pregnancy between January 2005 and February 2006 were retrospectively analyzed. **Results** Five patients had a history of caesarean section, while another one had undergone repeated pregnancy. Uterine artery embolization (UAE) in combination with methotrexate (MTX) injection was carried out in 2 cases, and uterine artery embolization only, MTX injection only, and total hysterectomy were employed in 1 case, 1 case, and 2 cases, respectively. **Conclusions** Previous caesarean section and repeated pregnancy are risk factors of the occurrence of lower uterine segment pregnancy. Uterine artery embolization in combination with methotrexate injection is a safe and reliable management option.

【Key Words】 Ectopic pregnancy; Caesarean section scar; Uterine artery embolization

子宫下段妊娠包括子宫瘢痕部位妊娠及子宫峡部妊娠。近年来,随着子宫下段剖宫产率明显升高,子宫瘢痕部位妊娠的发生率亦明显增加,使子宫下段妊娠的发生率明显升高。子宫下段妊娠在人工流产时易发生难以控制的大出血,造成休克,甚至不惜以切除子宫来挽救患者的生命。2005 年 1 月~2006 年 2 月,我院收治此类患者 6 例,其中 5 例为子宫瘢痕部位妊娠,1 例为子宫峡部妊娠。除 2 例行子宫切除术外,4 例保守治疗成功,现将经验教训报道如下。

## 1 临床资料

例 1 28 岁,孕 2 产 1。剖宫产术后 1 年余。停经 78 天,阴道间断出血 2 个月。因阴道大出血,外院行刮宫术,刮出胎盘绒毛及胎芽,出血不止,转入我院,血红蛋白 21 g/L,血压为 0。诊断子宫瘢痕妊娠,失血性休克,失血性贫血,急诊行全子宫切除术。术后病理:宫颈内口处可见粗糙破口 2.5 cm×2.5 cm,该处黏膜缺损,滋养细胞紧贴肌层,病变符

合子宫瘢痕妊娠,胎盘植入。治愈出院。

例 2 29 岁,孕 2 产 1。剖宫产术后 4 年。停经 38 天,阴道少量出血 3 天。彩超提示:宫颈近内口偏前壁可见胎囊样回声 1.3 cm×0.8 cm×0.8 cm(图 1)。诊断子宫瘢痕妊娠收入院。血 β-hCG 6 482 mIU/ml。入院后肌注甲氨蝶呤(MTX)75 mg,并行双侧子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization, UAE)。1 周后 β-hCG 升至 12 140 mIU/ml,胎囊增至 1.9 cm×1.7 cm×1.4 cm,故在 B 超指引下,经宫颈胎囊内注射 MTX 50 mg。注射 1 周后 β-hCG 降为 3 985 mIU/ml,彩超示子宫下段偏前壁可见高回声占位 2.1 cm×2.3 cm,其内可见暗区 1.2 cm×0.5 cm,可疑绒毛血流。注射 2 周后复查 β-hCG 降至 1 286 mIU/ml,仍然较高,故再次在 B 超指引下局部注射 MTX 50 mg,4 周后血 β-hCG 降至正常,6 周恢复月经,2 个月复查彩超,子宫 5.1 cm×3.6 cm×3.2 cm,子宫下段近内口偏前壁处低回声区 0.7 cm×0.6 cm。

例 3 26 岁,孕 3 产 1。剖宫产术后 4 年。停经

44 天,阴道少量出血一次。彩超(图 2)示子宫下段可见胎囊样回声  $1.4\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \times 1.4\text{ cm}$ ,内可见胎芽  $0.3\text{ cm}$ ,胎囊距浆膜层  $0.5\text{ cm}$ ,宫腔内可见胎囊  $1.6\text{ cm} \times 1.4\text{ cm} \times 1.2\text{ cm}$ 。诊断子宫瘢痕妊娠,双胎妊娠。入院当晚阴道出血似月经量,肌注 MTX  $75\text{ mg}$ ,1 周后血  $\beta\text{-hCG}$  由  $51\,597\text{ mIU/ml}$  上升至  $83\,533\text{ mIU/ml}$ ,故在 B 超指引下经宫颈胎囊局部注射 MTX  $50\text{ mg}$ ,1 周后彩超示宫底胎囊  $3.2\text{ cm} \times 2.0\text{ cm}$ ,子宫下段可见无回声区  $3.8\text{ cm} \times 1.4\text{ cm}$ ,血流丰富。 $\beta\text{-hCG}$  降至  $65\,627\text{ mIU/ml}$ 。因双胎妊娠,宫

底部胎囊继续增大,口服米非司酮 2 天共  $150\text{ mg}$  后,在静脉全身麻醉下行电吸术,刮出物为绒毛及机化蜕膜,术中阴道出血  $600\text{ ml}$ ,予以缩宫素及卡前列氨丁三醇(欣母沛)后仍有活动出血,即行双侧 UAE 止血。1 周复查血  $\beta\text{-hCG}$  降至  $5\,972\text{ mIU/ml}$ ,彩超示子宫下段高回声  $3.3\text{ cm} \times 3.4\text{ cm} \times 2.5\text{ cm}$ ,再次局部注射 MTX  $40\text{ mg}$ 。术后 2 个月血  $\beta\text{-hCG}$   $64\text{ mIU/ml}$ ,阴道少量出血。6 个月恢复正常月经,彩超(图 3)示子宫  $5.1\text{ cm} \times 3.7\text{ cm} \times 3.6\text{ cm}$ ,前壁下段饱满,未见血流信号,宫腔细线。

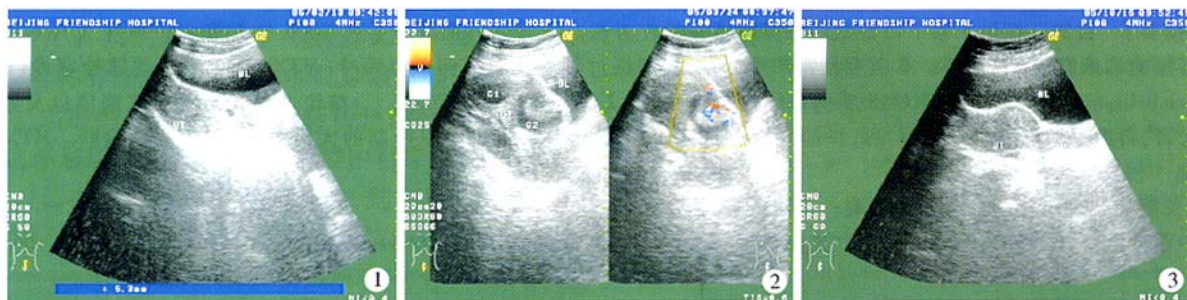


图 1 例 2 术前彩超提示宫颈近内口偏前壁可见胎囊样回声  $1.3\text{ cm} \times 0.8\text{ cm} \times 0.8\text{ cm}$ ,距前壁浆膜层  $0.6\text{ cm}$  图 2 例 3 术前彩超提示子宫下段可见胎囊样回声  $1.4\text{ cm} \times 1.5\text{ cm} \times 1.4\text{ cm}$ ,内可见胎芽  $0.3\text{ cm}$ ,胎囊距浆膜层  $0.5\text{ cm}$ ,宫腔内可见胎囊  $1.6\text{ cm} \times 1.4\text{ cm} \times 1.2\text{ cm}$ ,诊断子宫瘢痕妊娠,双胎妊娠 图 3 例 3 治疗后半年复查彩超示子宫前壁下段饱满,稍外突,未见血流信号

例 4 37 岁,孕 3 产 0。人流术后 2 个月余。停经 41 天,B 超提示宫内胎囊  $2.6\text{ cm} \times 1.8\text{ cm} \times 1.9\text{ cm}$ ,囊内可见胎芽  $0.5\text{ cm}$ 。在静脉全身麻醉下拟行电吸术,消毒宫颈时有活动出血,量约  $50\text{ ml}$ ,停止手术。复查 B 超提示子宫下段可见胎囊  $3.2\text{ cm} \times 2.3\text{ cm} \times 1.3\text{ cm}$ 。诊断“子宫峡部妊娠”。备血后在静脉麻醉下再次手术,宫颈注射缩宫素  $10\text{ U}$ ,扩宫颈后吸宫,吸出完整绒毛,感宫腔干净后仍有活动出血,宫颈注射缩宫素  $10\text{ U}$ 、卡前列氨丁三醇 1 支,出血约  $200\text{ ml}$ 。阴道内置纱布观察  $2\text{ h}$ ,血红蛋白下降  $20\text{ g/L}$ ,阴道出血多,即行双侧 UAE,术后阴道出血约  $50\text{ ml}$ 。术后 5 天复查 B 超宫腔细线,宫颈内口处可见不均质光团  $2.5\text{ cm} \times 1.9\text{ cm}$ 。术后 2 周血  $\beta\text{-hCG}$  由  $1\,998\text{ mIU/ml}$  下降至  $133.1\text{ mIU/ml}$ ,术后 3 周恢复正常,复查 B 超宫腔细线,阴道出血止。术后 1 个月恢复月经正常。

例 5 29 岁,孕 5 产 1。剖宫产术后 4 年,人流术后 4 个月。停经 64 天,自行药流术,术后出血半月余,术后 1 个月来我院复查 B 超,提示子宫下段可见不均质高回声团  $3.8\text{ cm} \times 2.9\text{ cm} \times 2.1\text{ cm}$ ,内可见无回声区直径  $1.8\text{ cm}$ ,距浆膜层  $0.4\text{ cm}$ 。血  $\beta\text{-hCG}$   $14\,313\text{ mIU/ml}$ ,考虑子宫瘢痕妊娠入院。在 B 超指引下局部注射 MTX  $50\text{ mg}$ ,3 周后血  $\beta\text{-hCG}$  降至  $214\text{ mIU/ml}$ ,复查 B 超宫腔细线,宫腔下段可见低回声光团  $1.6\text{ cm} \times 1.2\text{ cm}$ 。2 个月月经正常。

例 6 41 岁,孕 4 产 1。剖宫产术后 17 年。停经 62 天,自行药流术后 3 周,持续阴道少量出血,B 超示子宫下段不均质高回声团  $4.1\text{ cm} \times 3.7\text{ cm} \times 3.1\text{ cm}$ ,距浆膜层  $0.4\text{ cm}$ 。拟行刮宫术,消毒宫口时大量鲜血涌出,停止手术。考虑子宫瘢痕妊娠入院。血  $\beta\text{-hCG}$   $22\,873\text{ mIU/ml}$ 。间隔 13 天,分别肌注 MTX  $75\text{ mg}$ ,血  $\beta\text{-hCG}$  下降至  $1\,170\text{ mIU/ml}$ ,B 超示子宫下段占位增大至  $5.6\text{ cm} \times 4.9\text{ cm}$ 。故行全子宫切除术,术后病理为子宫瘢痕部位妊娠。治愈出院。

## 2 讨论

正常早期妊娠绒毛侵入在子宫肌层,人流术时子宫收缩可有效止血。如果绒毛植入子宫下段,由于下段缺乏肌纤维,加之手术瘢痕,不能有效收缩止血,易发生难以控制的大出血。本组例 1 即因此致失血性休克,危及生命。

反复人工流产、剖宫产均会损伤子宫内膜,引起子宫内膜间质蜕膜缺乏或有缺陷,受精卵种植在子宫下段,发生底蜕膜缺损,滋养细胞直接侵入子宫肌层,绒毛与子宫肌层粘连、植入,甚至穿透子宫壁<sup>[1]</sup>。本组例 1 子宫切除术后病理可见病变处蜕膜缺如,滋养叶细胞紧贴肌层。既往手术的损伤如刮宫术、剖宫产术、子宫肌瘤剔除术,造成内膜与肌层形成通道,胚胎通过一个微孔通道侵入,直接附着在

子宫肌层或浆膜内部的表面,造成胚胎种植<sup>[2]</sup>。本组例 4、例 5 即为妊娠过频。

## 2.1 临床表现及诊断

本病无特殊的临床表现。常见的早期症状为停经后阴道少量不规则出血。患者大多数被诊断为难免流产或宫内孕而行刮宫术,消毒宫颈时即可发生大量阴道出血(例 4、例 6)或术中术后发生大量阴道出血(例 1)。少数患者妊娠可持续至中、晚期,最终也因阴道大出血被迫中止妊娠并行子宫切除术<sup>[3]</sup>。超声检查无创,并可反复多次进行,对子宫下段妊娠的诊断有很大的帮助,声像图表现为:①妊娠物位于子宫前壁峡部剖宫产瘢痕处,宫腔上 1/2 空虚;②妊娠物与膀胱间的子宫肌层变薄,分界不清;③绒毛着床部位肌层血流丰富,呈低速低阻型流速曲线;④宫颈形态正常,内外口紧闭<sup>[4]</sup>。本组例 2、例 3 经 B 超诊断子宫瘢痕妊娠,胎囊位于子宫下段,提醒手术医师警惕可能会发生阴道大出血。

## 2.2 治疗

对于子宫下段妊娠,行之有效的治疗方法是 UAE 联合 MTX 化疗。MTX 是叶酸拮抗剂,影响细胞代谢,已广泛用于输卵管妊娠及宫颈妊娠的保守治疗,对于子宫瘢痕妊娠的治疗,国内外均有报道<sup>[5,6]</sup>,是安全有效的治疗方法。MTX 肌注以及胎囊部位的局部注射,可以促进胚胎的凋亡,但由于保留子宫,胎盘绒毛植入部位的病灶未能完全清除,血  $\beta$ -hCG 下降速度较慢,恢复正常需要数月(2~4 个月)时间。本组例 2 停经时间短,术前经 B 超确诊,仅行 UAE 联合 MTX 治疗治愈,效果满意。例 3 为双胎妊娠,术前确诊,因单纯 MTX 治疗无效行刮宫术,术中出血量多行 UAE 止血。例 4 虽消毒宫颈时有多量出血, B 超诊断子宫峡部妊娠,但仍备血后行电吸术,致术后多量出血,行 UAE 止血。

子宫下段妊娠常合并胎盘植入,妊娠组织不易吸刮干净,且反复刮宫易造成子宫下段前壁肌层全层裂开,出血不止。此时应扩容并予以宫缩剂,按揉子宫,如出血不止或出现休克,及时行 UAE,避免子宫切除,保留生育能力。例 1 在外院刮宫时出血不止,转入我院时失血性休克,血红蛋白仅为 21 g/L,失去保守治疗的时机,子宫切除术后标本子宫下段可见破口,刮宫已造成子宫下段裂开,导致出血进一

步加重。例 4、例 5 均自行药物流产失败,经 B 超诊断。例 4 经局部注射 MTX 治愈,例 5 因子宫下段包块近 5 cm, MTX 治疗效果差,患者已 41 岁,无生育要求,故行全子宫切除术。

## 2.3 预防措施

①对于要求终止妊娠者,术前均应行 B 超检查,了解胎囊位置。如果胎囊位置低,应了解胎囊距子宫浆膜层的距离,若小于 0.4 cm,肌层回声杂乱,血流丰富,应警惕子宫下段妊娠。②术中消毒宫颈,或探宫腔时发生大量出血,应立即停止手术,进一步明确诊断。③对于明确诊断子宫下段妊娠者,应先肌注或胎囊局部注射 MTX 保守治疗。如  $\beta$ -hCG 下降不满意,可开放静脉,备血,在 B 超监护下行刮宫术,术中负压不应大于 400 mm Hg,并避免反复搔刮子宫下段。若术中发生不可控制的出血,补液、宫缩剂不能停止的情况下,应积极行 UAE。④对于阴道出血凶猛,无条件行 UAE 者,应及时行子宫切除,挽救生命。⑤对经保守治疗子宫下段包块吸收不满意,包块较大,且无生育要求的患者,可选择行全子宫切除术。

规范流产手术的术前检查,争取术前诊断,采用 MTX、刮宫术、UAE 联合治疗,子宫下段妊娠患者可以保留子宫,安全终止妊娠。

## 参考文献

- 1 Ryan GL, Quinn TJ, Syrop CH, et al. Placenta accreta postpartum. *Obstet Gynecol*, 2002, 100: 1069-1072.
- 2 Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, et al. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: A case report. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 187: 302-304.
- 3 Herman A, Weinraub Z, Avrech O, et al. Follow up and outcome of isthmus pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynecol*, 1995, 102: 839-841.
- 4 焦光琼, 凌梅立, 钱尚萍. 经阴道彩色多普勒超声在诊断剖宫产子宫疤痕妊娠中的价值. *上海医学影像杂志*, 2004, 13: 16-18.
- 5 孟凡. 11 例剖宫产疤痕妊娠临床分析和局部注射 MTX 疗效观察. *实用妇产科杂志*, 2004, 20: 274-275.
- 6 Lam PM, Lo KWK, Lau TK. Unsuccessful medical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy with systemic methotrexate: a report of two cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004, 83: 108-111.

(收稿日期 2006-02-27)

(修回日期 2006-04-01)